

kommen grundsätzlich die Regelungen der Arzneilieferverträge zum Zuge. Diese sehen vor, daß dem Apotheker die nächstkleinere Packungsgröße oder ein Vielfaches davon, jedoch nicht mehr als die verordnete, das heißt dem Richtwert entsprechende Menge abgegeben werden dürfen. Ist die nächstkleinere Packungsgröße nicht im Handel, muß der Apotheker vor der Belieferung des Rezeptes Rücksprache mit dem Arzt halten.

Während die Apothekerschaft bereits vorsorglich eine Verlängerung der Übergangsfrist ins Gespräch gebracht hat, drängt der Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO), Bonn-Bad Godesberg, auf die strikte Einhaltung der Vereinbarung, um eine „Mengen- ausweitung“ während der vorgesehenen Übergangsfrist bis Ende Mai zu verhindern. In den Arzneilieferverträgen sollten nach Meinung der Ortskrankenkassen zwei Punkte verankert werden:

1. Verordnet der Arzt Fertig- arzneimittel mit einer Kurzbe- zeichnung, so sei diese Verord- nung mit einer Packung zu belie- fern.

2. Wenn Hersteller von Fertig- arzneimitteln Packungseinheiten nicht entsprechend der Empfeh- lungen umgestellt haben, kann eine Verordnung unter der Verwen- dung der Kurzbezeichnung nach Ablauf der Übergangsfrist nur der- gestalt erfolgen, daß die jeweils kleinste im Handel befindliche Packungseinheit abgegeben wird. Wenn Hersteller von Fertig- arzneimitteln Packungseinheiten nicht entsprechend der Empfehlung über therapiegerechte Packungs- größen umgestellt haben und die im Handel befindliche kleinste Einheit nicht größer als der Richt- wert für die Kurzbezeichnung N 1 der jeweiligen Indikationsgruppe ist, solle der Apotheker bei einer Verordnung unter Verwendung der Kurzbezeichnung mit dem Arzt abklären, welche Packungsgröße den Therapievorstellungen des Arztes entspreche. HC

Krankenhäuser: Ring um Finanzierungsalternativen

Das geltende System der Kranken- hausfinanzierung in der Bundes- republik Deutschland und die ge- setzlichen Rahmenbedingungen verhinderten weitgehend eine zweckrationale Leistungser- stellung, eine wirtschaftliche, kosten- bewußte externe wie interne Be- triebsführung und eine kostenbe- grenzende Steuerung. Hinzu kome, daß infolge der unterschiedli- chen Leitungsebenen und der weitgehend hierarchisch struktu- rierten Leitungsorganisation des Krankenhausbetriebes funktions- bezogene Managementaufgaben für jeden Bereich getrennt wahr- genommen werden.

Dadurch werde zwar eine hohe be- reichsbezogene Flexibilität ge- schaffen, gleichzeitig aber ein fachliches Leistungsspektrum für den ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie den Versorgungs- und Verwaltungsbereich voraus- gesetzt, das in der Krankenhaus- praxis der Zukunft kaum abzude- cken sein werde. Darüber hinaus fehle es an der notwendigen Ver- knüpfung der einzelnen Teilberei- che, der institutionell und durch gesetzliche Rahmenbedingungen ohne Rücksicht auf die gesamt- wirtschaftlichen Aspekte institu- tionell aufgegliederten Versor- gungsbereiche.

Zu solchen Schlüssen gelangen zwei aktuelle Expertisen interna- tional renommierter Gesundheits- ökonomen, und zwar von Prof. Dr. Clemens-August Andreae, Direk- tor des Finanzwissenschaftlichen Instituts der Universität Innsbruck, über „Finanzierung der stationä- ren Versorgung“ und von Prof. Dr. Siegfried Eichhorn, Geschäftsfü- hrendes Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf, über „Schwach- stellen von Struktur und Organisa- tion der Krankenhaus-Leitung“. Beide Wissenschaftler, der eine Fi- nanzwissenschaftler, der andere

Betriebswirt, gelangen unabhän- gig voneinander zu gleichlauten- den Diagnosen: Das System der dualen Finanzierung durch die Gebietskörperschaften einerseits und die Krankenversicherung an- dererseits ist zwar in gewissem Umfang im Hinblick auf eine um- fassende Regionalplanung und allgemeine Daseinsfürsorge ge- rechtfertigt, betriebswirtschaftlich verhindert die Aufspaltung der un- terschiedlichsten Finanzierungs- verantwortungen sinnvolle Ent- scheidungen im Krankenhausbe- trieb, vor allem deswegen, weil „der funktionelle Zusammenhang der Entscheidungen im Investi- tions- und Betriebskostenbereich auf betrieblicher Ebene zerstört wird“ (Andreae).

Weil keine echten Leistungsent- gelte ermittelt und den Benutzern berechnet werden, führe das Sy- stem auf der Ebene der Kranken- versicherung zu einer „Verzerrung der relativen Preise der einzelnen Therapieformen“; kostengünstige alternative Lösungen der Auf- gabenerstellung, etwa durch Sub- stitution einer stationären Versor- gung durch ambulante oder medi- kamentöse Betreuung, würden nicht rechtzeitig erkannt, verhin- dert oder nur zeitlich verzögert realisiert. Durch die Subventionie- rung der Krankenhausfinanzie- rung durch Bund, Länder und Ge- meinden würden die laufenden Benutzer- bzw. Betriebskosten den Krankenversicherungsträgern zu preisgünstig in Rechnung ge- stellt. Würden hingegen die Inve- stitionskosten den Pflegesätzen zugeschlagen, so müßten die Be- nutzer bzw. deren Kostenträger zwar mit maximal einem Beitrags- satzpunkt mehr belastet werden, die marktgerechten Preise („Pfle- gesätze“) könnten aber, so folgert Professor Andreae, die Krank- kassen ermuntern, ihren Druck auf die Kosten des Krankenhauses zu verstärken und ihre Planungs- und Kontrollaufgaben zu intensivieren. Verteilungspolitisch sei das duale Finanzierungssystem ohnedies obsolet geworden, da die „Begün- stigten“ zu mehr als 98 Prozent

Krankenhausfinanzierung

Finanzierungsbeiträge sowohl als Beitrags- als auch als Steuerzahler leisten. Ein grundsätzlicher Konstruktionsmangel des derzeitigen Systems der Pflegesatzberechnung sei zudem, daß sich der pauschalierte Pflegesatz an den tatsächlich erbrachten Leistungen, an den Pflergetagen, an den konzessionierten Planbetten und der Kapazitätsauslastung orientiert – allesamt sogenannte Input-Faktoren, die aber kein Maßstab für das Spektrum der Leistungserstellung und das Qualitätsniveau des Hospitals sind (dies wären etwa diagnose- und krankheitsbildbezogene Verweildauern und entsprechende normierte Tagespflegesätze). Zudem garantiert die geltende Krankenhausfinanzierung volle Selbstkostendeckung ohne gesamtwirtschaftliche Orientierungs- oder individuelle Normgrößen, so daß die Hospitäler geradezu ermuntert werden, Kosten zu „machen“ und nachzuweisen, die sie tatsächlich auch ersetzt bekommen. Daher besteht kein Anreiz für wirtschaftliches Gebaren.

Aus der Mängel- und Schwachstellenanalyse leitet Professor Andrae vier Alternativen der Krankenhausfinanzierung bzw. Preisfestsetzung ab:

1. Methode der krankenhaushausindividuellen Verhandlungen:

Dabei werden die Angemessenheit der Kosten und Kostensteigerungen analysiert und durch interne oder externe Prüfinstanzen laufend kontrolliert. Aufgrund der Begutachtung und der Testate werden die Preise festgesetzt und bezahlt. Andrae gibt der individuellen Prüfung durch sachkompetente Finanzierungsinstanzen den Vorzug vor einer externen Prüfung durch regulierende Behörden, da diese zu weit vom Betriebsgeschehen entfernt seien und meist keine Sachkompetenz besäßen. Zudem würden psychologisch negative Wirkungen auf die Betriebsführung dann ausgehen, wenn sich externe Behörden von übergeordneten und nicht auf die Betriebs-

sphäre abgestellten Kontrollprinzipien leiten ließen. Die Wirkung auf die krankenhauserne Effizienz hängt von der Höhe der genehmigten Preise letztendlich ab. Entscheidend ist dabei auch, wie die Gewinne vom Entscheidungsträger beurteilt und dem Krankenhaus zur Wiederinvestition belassen werden.

2. Methode der Normkosten-Erstattung, orientiert am Durchschnitt aller Hospitäler:

Die Krankenhauspflegesätze bzw. Preise werden nach einem eingehenden Vergleich des Leistungsspektrums und der Leistungserstellung vergleichbarer Hospitäler festgesetzt. Da sich aber die einzelnen Häuser sogar innerhalb der Leistungsstufen derart im Spektrum unterscheiden, werden die Bewertung und der Vergleich sehr erschwert. Zudem erfordern genaue Klassifikationen erheblichen administrativen Aufwand. Ein weiterer Nachteil dieses Berechnungsverfahrens: Auch „Durchschnittshospitäler“ mit einem Durchschnittspflegesatz und einer durchschnittlichen Betriebsgröße können wirtschaftlich ineffizient arbeiten. Entsprechend können daraus abgeleitete Kostenerstattungen und „Preise“ dem gesamten Krankenhaussystem ein ineffizientes Kostenniveau aufpropfen. Um Krankenhäusern, die unterhalb der Kostenvorgabe liegen, weitere wirtschaftliche Anreize zu geben, empfiehlt sich hier eine Ergänzung durch ein entsprechendes Prämiensystem. Dieses Berechnungsverfahren eignet sich deshalb allenfalls, um den Kostenanstieg zu kontrollieren, wobei wiederum das analytische Augenmerk auf die Durchschnittswerte des Wachstums gerichtet werden muß. Von diesem System gehen ebensowenig wie von der Methode der krankenhaushausindividuellen Verhandlungen keine positiven Wirkungen auf die Wahl der effizientesten Therapieform aus, da der nichtstationäre medizinische Komplex nicht in die Betrachtung einbezogen wird.

3. Festlegung von Höchstzuwachsrate der Erstattung:

Bei dieser Methode sind verschiedene Unterspielarten denkbar: Das System kann für ein einzelnes Krankenhaus oder für ein ganzes Versorgungssystem von Hospitälern angewandt werden. Die Beurteilungskriterien sind entsprechend unterschiedlich. So kann ein Höchstwert für alle Häuser zu Beginn des Jahres festgesetzt werden, es sind aber auch feste Zuwachsrate für einzelne Hospitäler denkbar, und zwar absolut gleich festgelegt, relativ gleich oder differenziert bemessen. Auch bei diesem Finanzierungsverfahren werden ausschließlich die Ausgabenzuwächse kontrolliert. Das System hat keinen Einfluß auf interne Kostenbewegungen, so auf unterdurchschnittlich ausgelastete Kapazitäten, die kostenmäßig nicht „bestraft“ werden, wenn sonst die Kostenziele erreicht sind. Damit ist weiterhin die Gefahr von Doppelgleisigkeiten und Mittelverschwendungen einzukalkulieren. Ein Schwachpunkt dieses Verfahrens ist auch, daß infolge der Kostenbegrenzung auf andere Behandlungsverfahren ausgewichen werden dürfte und die Qualität der Versorgung darunter leidet, wenn durch begrenztes Ausgabenwachstum eine geringere Qualität der Behandlung oder ein nur eingeschränktes Versorgungsspektrum vorgehalten wird.

4. Normkostensystem nach einem vorgegebenen Diagnose-Zeit-Schlüssel und Sicherstellungsauftrag sowohl für den ambulanten als auch stationären Sektor:

Orientiert sich die Entgeltberechnung ausschließlich nach einem vorgegebenen pauschalierten Diagnose-Zeit-System, so können Kostenunterdeckungen und Betriebskostenüberschüsse erzielt und erwirtschaftet werden. In einem „offenen System“, das eine Vielfalt von Spielarten von der Einzelpraxis über Gemeinschaftspraxen, Beleg- und Praxiskliniken bis

hin zum reinen Anstaltskrankenhaus ermöglicht und das die Finanzierungs- und Leistungsfunktion in einer Hand zusammenfaßt, könnte dem Patienten gegen einen fixen Jahresbeitrag ein umfassendes medizinisches Mindestangebot zur Verfügung gestellt werden. Die Ärzteschaft könnte durch unterschiedliche Modelle in die Gesamtversorgung und in den Gesamtsicherungsauftrag eingebunden werden.

Diese Integration von Finanzierungs-, Leistungs- und Organisationsaufgaben hätte zudem den Vorteil, daß die Leistungserbringung sowohl gesamtwirtschaftliche Essentials wahrt als auch die jeweils effizienteste Therapieart auswählt, daß Grenzanbieter und unwirtschaftliche Betriebe aus dem Markt verdrängt werden und ein individuell gestaltbares, kostengerecht berechnetes Zusatzangebot frei gewählt werden kann. Nach diesem Prinzip arbeiten beispielsweise auch die sowohl von Eichhorn als auch Andrae empfohlenen US-amerikanischen Health-Maintenance Organizations (HMO).

(Die prominenten Gesundheitsökonominnen trugen ihre „Denkanknüpfel“ für die aktuelle Diskussion bei einem berufspolitischen Seminar des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands im März in Davos vor.)

□

Die vorgelegten Analysen werden gewiß die fachliche Diskussion über die zukünftige Finanzierung der stationären Krankenversorgung, die heute bereits 30 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung beansprucht, weiter anregen. Viel, wenn nicht alles, wird dabei von der gesetzlichen Krankenversicherung selbst abhängen, deren Ausgaben und damit deren Beitragsätze sich bei jeder Schmälerung der Finanzierung wesentlich erhöhen müßten. HC

„Bravo“, „Mädchen“, „Popcorn“ & Co.

Medizinische Berichterstattung in der Jugendpresse

Friedrich Hofmann

Medizinische Fragen sind noch nie in so großem Umfang in der Öffentlichkeit diskutiert worden wie heutzutage. In besonders starkem Maße berichten die Produkte der Regenbogenpresse fast tagtäglich über neue medikamentöse Therapieverfahren und chirurgische Glanzleistungen, aber sie machen sich auf der anderen Seite auch Gedanken über die Krise der modernen Medizin und beklagen das ständige Steigen der Herzinfarktraten und – je nach Standpunkt – die angebliche oder tatsächliche Stagnation bei der Krebsforschung. Mit einem „Sonderfall“ dieses Marktes beschäftigt sich der nachfolgende Artikel.

Auch in der Welt der Heranwachsenden hat sich die Medizin mittlerweile als feste Größe etabliert. Dies zeigte kürzlich die in mehreren westdeutschen Städten veranstaltete Ausstellung „Kind, Krankheit und Krankenhaus im Bilderbuch“, in deren Rahmen Axel Heinrich Murken, Professor für Geschichte der Medizin an der Technischen Hochschule Aachen, demonstrierte, in wie starkem Maße die Kinder- und Jugendliteratur seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs medizinische Fragestellungen aufgegriffen und zu bearbeiten versucht hat (wir berichteten darüber). In der Einführung zum Ausstellungskatalog schrieb er über das Thema: „Damit werden endlich auch die Probleme der kranken, der behinderten Kinder ernst genommen. In Gesundheit und Krankheit betreffenden Fragen wird ihnen durch diese Kinder- und Jugendbücher die Möglichkeit geboten, selbstbewußte Partner der Erwachsenen zu werden.“

Doch gilt das, was der Aachener Medizinhistoriker für die Kinder- und Jugendbücher feststellte, auch für einen anderen Zweig der

Jugendliteratur, nämlich die Jugendpresse? Spielen medizinische Fragestellungen auch in dem von Jahr zu Jahr mehr expandierenden Marktbereich der Jugendzeitschriften eine Rolle?

Schlägt man die Monatsschrift „Junge Zeit“ auf, so sieht man fast nichts von einer solchen Entwicklung. Das laut Impressum vom „Deutschen Jugendschriftenwerk und von der Aktion katholischer Jugendzeitschriften empfohlene“ Blatt gibt sich, was diesen Aspekt des Alltags angeht, äußerst zurückhaltend. Beim Durchblättern mehrerer Nummern stößt man zwar auf vieles Interessante und Begrüßenswerte (Artikel wie „So kam es zur Bundesrepublik Deutschland: Frieden – auf Atombomben gegründet“ oder „Ausländerfeindlichkeit“, „Beruf Förster“ und „Problem Dritte Welt“). Doch Medizinisches spielt allenfalls am Rande eine Rolle. Und nicht einmal auf den „Beratungsseiten“, wo man immerhin Fragen zur sexuellen Aufklärung hätte vermuten können, findet in größerem Umfang medizinischer Informationsaustausch statt. Dominierend sind Themen mit Überschriften